

группами: цитоз ( $p = 0,0000$ ), лимфоциты ( $p = 0,0000$ ), макрофаги ( $p = 0,0001$ ), хлориды ( $p = 0,0000$ ), глюкоза ( $p = 0,0000$ ). А также первой и четвертой группами по показателям: цитоз ( $p = 0,0000$ ), нейтрофилы ( $p = 0,0000$ ), лимфоциты ( $p = 0,0000$ ), моноциты ( $p = 0,0003$ ), хлориды ( $p = 0,0000$ ), белок ( $p = 0,002$ ), глюкоза ( $p = 0,0000$ ).

#### **Выводы.**

1) описаны цитологические и биохимические показатели СМЖ у детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией в остром периоде: лимфоцитарно-моноцитарный характер цитоза, содержание белка, глюкозы, хлоридов;

2) выявлена отрицательная связь показателя цитоза и концентрации белка с гестационным возрастом ребенка и отсутствие таких связей для хлоридов и глюкозы, что согласуется с современными представлениями о раннем формировании структур обеспечивающих активный обмен ионов и глюкозы между кровью и СМЖ и указывает на сохранность транзиттеров в остром периоде гипоксически-ишемической энцефалопатии;

3) нет отличий ликворологических показателей при ВЖК 1-й степени (субэпендимальное кровоизлияние без прорыва в желудочки мозга) и гипоксически-ишемической энцефалопатии в остром периоде;

4) у пациентов с ВЖК 2-4-й ст. в СМЖ достоверно выше содержание хлоридов, глюкозы, лимфоцитов и макрофагов, цитоз, в сравнении с пациентами с гипоксически-ишемической энцефалопатией;

5) у пациентов с инфекционными поражениями ЦНС в СМЖ достоверно выше содержание белка, хлоридов, глюкозы, нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов и цитоз, но не отличается содержание макрофагов в сравнении с пациентами с гипоксически-ишемической энцефалопатией.

#### **Литература:**

1. Byington, C.L. Normative Cerebrospinal Fluid Profiles in Febrile Infants / C. L. Byington, J. Kendrick, X. Sheng // J Pediatr. – 2011. – Vol. 158, № 1. – P. 33–37.

2. Cerebrospinal fluid leucocyte counts in healthy neonates / A. Martin-Ancel [et al.] // Arch. Dis. Child Fetal Neonatal. – 2006. – № 91. – P. 357–358.

3. Age-Specific Reference Values for Cerebrospinal Fluid Protein Concentration in Neonates and Young Infants / S. S. Shah [et al.] // J Hosp Med. – 2011. – Vol. 6, № 1. – P. 22–27.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ВАКЦИНЫ У ПАЦИЕНТА С ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ И ЭНДОМЕТРИОЗОМ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

*Дедуль М.И.,<sup>1</sup> Ковалев Е.В.,<sup>1</sup> Кожар Е.Д.,<sup>1</sup> Прусакова О.И.,<sup>1</sup>  
Рождественская Т.А.,<sup>1</sup> Стуканова Е.Ю.<sup>2</sup>*

*УО «Витебский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>*

*УЗ «Новополоцкая центральная городская больница»<sup>2</sup>*

**Актуальность.** В настоящее время герпесвирусная инфекция является одной из распространенных вирусных инфекций человека, характеризующейся разнообразием проявлений и хроническим течением [1,2]. Считается, что около 90% городского населения во всех странах мира инфицировано вирусом простого герпеса (ВПГ), а рецидив заболевания наблюдается в 2–12% случаев. Следует отметить значительную роль ВПГ II типа, наряду с вирусом папилломы человека, в развитии рака шейки матки [3]. Многие авторы указывают на большую роль генитального герпеса в возникновении бесплодия, акушерской, перинатальной и гинекологической патологии [4,5,6].

Прорыв защитных барьеров иммунитета при ВПГ I-II типа, регуляторная дезорганизация иммунной системы, иммунодепрессия неспецифического и специфического иммунитета приводят к развитию вторичного иммунодефицита, наличие которого клинически проявляется диссеминацией инфекции, интоксикацией, нарушением процессов репарации. Неадекватность иммунного ответа и способность возбудителя «ускользать» от действия защитных иммунных механизмов

то приводят к персистенции инфекции и формированию хронических воспалительных и рецидивирующих процессов. От состояния иммунитета также зависит поддержание равновесия между процессами пролиферации и апоптоза клеток эндометрия. Нарушение сигнальных механизмов, реализуемых с участием цитокинов, в значительной степени определяет вероятность развития гипер- и неопластических процессов в органах женской репродуктивной системы, таких как эндометриоз и миома матки. В настоящее время эти гормонально-зависимые заболевания, развивающиеся на фоне нарушения иммунного гомеостаза, становятся одной из ведущих проблем современной гинекологии [7].

Лечение герпетической инфекции, особенно у женщин с сопутствующей гинекологической патологией, представляет сложную задачу и проводится в двух направлениях: применение противовирусных препаратов и использование средств, повышающих резистентность организма (интерферон и его индукторы, иммуномодуляторы, интерлейкины и вакцины) [7,8].

**Цель исследования.** На примере клинического случая оценить эффективность противорецидивной вакцинации у пациента, страдающего генитальным герпесом и эндометриозом с частым типом рецидивирования.

**Материалы и методы.** Приведен и подробно описан наш опыт применения противогерпетической вакцины на примере клинического случая.

**Описание клинического случая.** Пациентка С., 43 года. Оценка менструальной функции: менархе с 14 лет, менструации регулярные, по 5 дней через 28-30 дней; болезненные, умеренные, периодически менометроррагия, диспареуния. Начало половой жизни с 18 лет, метод контрацепции: комбинированный. Акушерско-гинекологический анамнез: I беременность в 1995 г.: полный самопроизвольный выкидыш в раннем сроке, II беременность в 1997 г.: срочные роды в сроке 39-40 недель, без осложнений.

Из перенесенных гинекологических заболеваний отмечает: хронический сальпингоофорит (стационарное лечение 1-2 раза в год), эрозию шейки матки (ДЭК). В 2003 г. диагностирован генитальный эндометриоз (аденомиоз) - получала терапию агонистами гонадотропных релизинг гормонов, в течение 3-х лет была установлена внутриматочная релизинг система, содержащая левоноргестрел. В последние 5 лет получает комбинированные оральные контрацептивы с лечебной и контрацептивной целью. Генитальным герпесом страдает с 2012 года. Обострения отмечает практически каждый месяц (после стресса, переохлаждения, после начала менструации).

Нами применен комплексный подход к лечению рецидивов генитального герпеса у данной пациентки на протяжении 12 менструальных циклов с использованием в период обострения валацикловира (противовирусное лекарственное средство, группа нуклеозидных ингибиторов ДНК-полимеразы) и генферона (иммуномодулирующее средство, группа интерферонов). Для профилактики рецидивов проводилась вакцинация противогерпетической вакциной Витагерпавак. Цель вакцинации – активация и иммунокоррекция клеточного иммунитета, специфическая десенсибилизация организма. Основной курс вакцинации состоял из 5 инъекций, которые проводились с интервалом в 10 дней (учитывая рецидивы 1 раз в месяц). Через 6 месяцев проводился повторный курс вакцинации (5 инъекций). Вакцина применялась в стадии ремиссии, не ранее, чем через 5 дней после полного исчезновения клинических проявлений герпетической инфекции. Витагерпавак вводился внутривенно в область внутренней поверхности предплечья с помощью шприца в разовой дозе 0,2 мл (контроль – образование «лимонной корочки»). В таблице 1 приведена этапность динамического клинического наблюдения за пациентом.

**Таблица 1. Частота рецидивов генитального герпеса на фоне проведения иммунизации вакциной Витагерпавак**

Дата/День менструального цикла	Клинические проявления	Этапы вакцинации
30.10.15 г.	Нет клинических проявлений	Первая инъекция вакцины Витагерпавак 0,2 мл внутривенно в область внутренней поверхности предплечья.

Дата/День менструального цикла	Клинические проявления	Этапы вакцинации
		Начала прием Генферона 500000МЕ 2 раза в сутки ежедневно ректально в течение 10 дней Местная реакция через 30 минут после инъекции в виде гиперемии кожи диаметром 2,5 см в течение первых суток и легкое жжение в месте инъекции.
02.11.15 1-ый день	Появление герпетических высыпаний в области наружных половых органов	Начала прием Валацикловира по 1 таблетке 2 раза в день в течении 10 дней.
15.11.15		Вторая инъекция вакцины Витагерпавак 0,2мл внутривенно. Побочных реакций не отмечает.
25.11.15		Третья инъекция вакцины Витагерпавак 0,2мл внутривенно. Побочных реакций не отмечает.
08.12.15		Четвертая инъекция вакцины Витагерпавак 0,2 мл внутривенно. Местная реакция через 1 час после инъекции в виде умеренной болезненности в месте инъекции.
19.12.15		Пятая инъекция вакцины Витагерпавак 0,2мл внутривенно. Местной реакции не наблюдалось.
02.02.16 3-ий день	Появление герпетических высыпаний в области наружных половых органов	Прием Валацикловира по 1 таблетке 2 раза в день 5 дней.
27.04.16 1-ый день	Появление герпетических высыпаний в области наружных половых органов	Прием Валацикловира по 1 таблетке 2 раза в день 6 дней.
04.06.16 10-ый день	Появление герпетических высыпаний в области наружных половых органов	Начала прием Валацикловира по 1 таблетке 2 раза в день 5 дней.
20.06.16		Первая инъекция вакцины Витагерпавак 0,2мл внутривенно. Начала прием Генферона 500000МЕ 2 раза в сутки ежедневно ректально 10 дней. Местных проявлений не наблюдалось.
22.06.16 1-ый день	Появление герпетических высыпаний в области наружных половых органов	Прием Валацикловира по 1 таблетке 2 раза в день 5 дней. На пятый день приема клинических проявлений генитального герпеса не наблюдалось.
07.07.16		Вторая инъекция вакцины Витагерпавак 0,2мл внутривенно. Местных проявлений не наблюдалось.
18.07.16		Третья инъекция вакцины Витагерпавак 0,2мл внутривенно. Местных проявлений не наблюдалось.
30.07.16		Четвертая инъекция вакцины Витагерпавак 0,2мл внутривенно. Местных проявлений не наблюдалось.
10.08.16		Пятая инъекция вакцины Витагерпавак 0,2мл

Дата/День менструального цикла	Клинические проявления	Этапы вакцинации
		внутрикожно. Местных проявлений не наблюдалось.
24.08.16 7-ой день	Появление герпетических высыпаний в области наружных половых органов	Прием Валацикловира по 1 таблетке 2 раза в день 5 дней
16.09.16, 15.10.16 1-ый день	Нет клинических проявлений	

### Выводы.

1. Как видно из представленных данных, применение противогерпетической вакцины у данного пациента уменьшило частоту рецидивов генитального герпеса в два раза: на фоне применения вакцины на протяжении 12 менструальных циклов наблюдалось 6 эпизодов генитального герпеса, в то время как до применения вакцины рецидивы отмечались каждый месяц.

2. Противовирусные лекарственные средства подавляют репродукцию вируса простого герпеса, вызывают клиническую ремиссию, но не влияют на частоту рецидивов.

3. Для повышения эффективности вакцинотерапии необходимо назначение комплексной терапии – сочетанное использование противогерпетических лекарственных средств с ИФН или индукторами ИФН в период рецидивов, то есть препаратов с разнонаправленными механизмами действия, что обеспечивает синергидный и аддитивный эффекты, оказывает положительный терапевтический эффект в случае сочетания генитального герпеса и эндометриоза.

4. Редкая частота побочных эффектов. У данного пациента наблюдались лишь местные побочные реакции после первой и четвертой инъекции, которые прошли самостоятельно и не потребовали специфической медикаментозной коррекции.

5. Использование противорецидивной вакцины у пациентов с частым типом рецидивирования генитального герпеса и эндометриозом способствует улучшению качества жизни и повышению уровня социальной адаптации.

### Литература:

1. Шадыев, Х.К. Инфекции, передаваемые половым путем, у детей / Х.К. Шадыев, В.Ф. Сиразитдинова, Г.А. Дмитриев. – М. : БИНОМ, 2011.

2. Diaz-Ramon, J.L. Herpes simplex and zoster / J.L. Diaz-Ramon, J.L. Diaz-Perez // Eur. J. Dermatol. – 2008 Jan.-Feb. – Vol. 18, № 1. – P. 108–111.

3. Чернова, Н.И. Герпетическая инфекция: клиника, диагностика, лечение : метод. рекомендации / Н.И. Чернова, Е.Н. Волкова. – М., 2009. – № 38. – С. 5-8.

4. Чепурнова, Н.С. Перспективы применения противогерпетических вакцин / Н.С. Чепурнова, Е.В. Маркелова, Ю.В. Яковлева // Соврем. проблемы науки и образования. – 2015. – № 5.

5. Green J. Psychological factors in recurrent genital herpes / J. Green, A. Kocsis // Genitourin. Med. – 1997 Aug. – Vol. 73, N 4. – P. 253-258.

7. Сельков, С.А. Клинический опыт применения ронколейкина (рекомбинантного интерлейкина-2) в гинекологии : пособие для врачей / С.А. Сельков, В.Н. Егорова ; под ред. Э. К. Айлмазяна. – СПб., 2010. – 48 с.

8. Иммунотерапия рецидивирующего простого герпеса (клиническое и электронно-микроскопическое исследование) / С.А. Масюкова [и др.] // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1996. – № 6. – С. 27-30.